

<http://www.elsevier.es/semergen>

## 349/78 - MUJER DE 64 AÑOS CON COXALGIA

M. Pérez Valencia<sup>1</sup>; M. Parra Morata<sup>2</sup>; M. Suárez Pineda<sup>2</sup>; R. García Romero<sup>3</sup>; C. Montesinos Asensio<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia.; <sup>2</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia.; <sup>3</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia.; <sup>4</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 64 años que acude a consulta por dolor e impotencia funcional ligera en cadera derecha tras giro de la misma sin llegar a caerse. En un primer momento, instauramos tratamiento con analgesia ya que la exploración de cadera es anodina y el dolor no es muy limitante. Tras 15 días de tratamiento analgésico sin mejoría y dada la persistencia del dolor, realizamos estudio radiológico ambulatorio urgente. En la radiografía se objetiva fractura subcapital de cadera derecha. Se deriva a urgencias hospitalarias para valoración de la fractura por parte del servicio de Traumatología, que proponen ingreso para intervención quirúrgica. Durante la cirugía se objetiva fragilidad del hueso femoral, motivo por el que realizan biopsia intraoperatoria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente y orientada. IMC 32 kg/m<sup>2</sup>. Pérdida de 8 kg aproximadamente el último año. No adenopatías. ACP: rítmica sin soplos. MVC. Miembros: edemas maleorales. Locomotor: dolor abducción y rotación interna cadera derecha. No pérdida de sensibilidad ni fuerza. Rx cadera: línea de fractura subcapital desplazada. Biopsia intraoperatoria: morfología e inmunohistoquímica compatible con tumor de Ewing.

**Juicio clínico:** Fractura de cadera patológica.

**Diagnóstico diferencial:** Fractura de cadera osteoporótica/traumática, trocanteritis.

**Comentario final:** En un primer momento, dada la escasa clínica de la paciente y la exploración, nuestra primera sospecha diagnóstica era una trocanteritis o inflamación de la bolsa sinovial. Pero tras unos días de tratamiento analgésico y reposo, la paciente no obtiene ninguna mejoría, por lo que debemos pensar en que pueda haber algo más. En atención primaria tenemos al alcance la realización de pruebas de imagen diagnósticas de carácter urgente/preferente, y la primera a realizar y más rápida, es la radiografía. Con ella podemos llegar a un diagnóstico definitivo como en este caso, una fractura subcapital de fémur. No es frecuente encontrar una lesión ósea sin que exista un traumatismo directo, pero existen unos factores de riesgo que pueden ocasionarla, cómo la osteoporosis, hiperparatiroidismo, trastornos de la conducta alimentaria o la fragilidad ósea secundaria a un tumor óseo/metástasis, como en nuestro caso.

### Bibliografía

Fearon AM, Scarvell JM, Neeman T, et al. Greater trochanteric pain syndrome: defining the clinical syndrome. Br J Sports Med 2013; 47: 649-56.